

University of Groningen

Drug choice in medical practice

Denig, Petra

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

1994

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Denig, P. (1994). *Drug choice in medical practice: rationales, routines and remedies*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Samenvatting

De studies in deze **dissertatie beschrijven** en analyseren geneesmiddelkeuzen van **artsen**, om daarmee een **beter** inzicht te **krijgen** in de mogelijke tekortkomingen in het therapiekeuze proces en de **rol** die biomedische kennis **daarin speelt**. In hoofdstuk 1 wordt **ingegaan** op de **strekking** van het onderzoek en de **vraagstellingen** die aan bod komen. Het onderzoek richt zich met name op **het** beslissingsproces van de **artsen**. Achtereenvolgens zijn drie studies uitgevoerd. In de eerste studie is gekeken **naar** de geneesmiddelkeuzen van huisartsen **bij darm spasmen** (*i table bowel syndrome*) en nierkoliekken. Het **tweede onderzoek richtte** zich op de geneesmiddelkeuzen van ziekenhuis **artsen** met betrekking tot **anti-emetica, narcotische analgetica, antihypertensiva, antibiotica**, vasodilatoren, en plaatjes-aggregatieremmers. Het **laatste** onderzoek betrof de geneesmiddelkeuzen van huisartsen bij urineweginfecties en maagklachten. In deze studies is een geneesmiddelkeuze model ontwikkeld en getoetst. Dit model is **gebruikt** om minder wenselijk voorschrijfgedrag **te verklaren** en om **interventiestrategieën** te **identificeren** die het voorschrijfgedrag **gunstig** zouden kunnen **beïnvloeden**.

Hoofdstuk 2 geeft een overzicht van eerder onderzoek naar **factoren** die **voorschrijfgedrag beïnvloeden**. **Commerciële** informatie en promotionele activiteiten van de farmaceutische industrie kunnen **een** negatief effect hebben op de kwaliteit van voorschrijven. Het effect van professionele informatie en nascholing blijkt wisselend te zijn en **hangt** ten dele af van de **gekozen** interventiestrategie. Het **gebruik** van simpele **methoden** met schriftelijk materiaal, lezingen of **kale terugkoppeling** van **voorschrijfggegevens** leidt **vaak** tot minder verbetering van het voorschrijfgedrag dan meer arbeidsintensieve methoden, zoals individuele bezoeken (*face-to-face visits, academic detailing*) of terugkoppeling van voorschrijfggegevens met individuele **bespreking** of advisering. Het succes van **simpele methoden** zou echter vergroot kunnen **worden** door het gebruikte materiaal te verbeteren. Zo valt te verwachten dat het effect van een nationaal geneesmiddelen bulletin dat door de **artsen** zeer wordt gewaardeerd, **gmter** zal zijn dan van schriftelijk materiaal dat special voor een interventiestudie is ontwikkeld. **Een** van de vragen die in het eerste **onderzoek** aan bod komt is derhalve: Wat is het effect van **onafhankelijke** geneesmiddeleninformatie op de kennis en het voorschrijfgedrag van **artsen**?

In het verleden zijn vele contextuele **factoren geïdentificeerd** die van invloed kunnen zijn op het voorschrijfgedrag, zoals culturele invloeden en kenmerken van de organisatie van de gezondheidszorg in het algemeen en de **medische praktijkvoering** in het bijzonder. **Daarnaast** zijn **relaties** gevonden tussen artskenmerken, zoals **leeftijd**, werkstijl en attitude, en de **kwaliteit** van voorschrijven. Verder blijkt ook de (**ervaren**) **patiëntenvraag** een factor te zijn die het voorschrijfgedrag **beïnvloedt**. **Toch** blijven er vragen **bestaan** over de onderliggende mechanismen van de gevonden relaties. Om effectieve interventieprogramma's te ontwikkelen is het **nodig** om meer **inzicht** te krijgen in het beslissingsproces van **artsen** **bij** het voorschrijven van geneesmiddelen. De volgende vragen zijn derhalve in de **hier** gepresenteerde studies aan bod gekomen: Wat is de rol van de geneesmiddelenkennis van **artsen** in dit beslissingsproces? Welke **andere** determinanten zijn relevant in dit beslissingsproces? Op welke **aspecten** van dit beslissingsproces verschillen **artsen** die minder wenselijke geneesmiddelen **kiezen** van **artsen** die dergelijke geneesmiddelen **niet kiezen**?

In hoofdstuk 3 worden modellen en methoden beschreven die gebruikt worden in het medisch **besliskundig** onderzoek. Het multi-attributieve-utiliteitsmodel, **verwachtings-waarde** modellen, en compensatorische en niet-compensatorische **beslissingsstrategieën** worden besproken. Verondersteld wordt **dat** geneesmiddelkeuzen door **artsen** gebaseerd **worden** op een evaluatie van verschillende alternatieven op een of meer relevante **aspecten**. Dit houdt in dat er een **soort** van analytisch **beslissingsproces** gehanteerd wordt. **Verschiedende methoden** zijn mogelijk om dit **proces** te **bestuderen**. Drie methoden, die in het descriptief onderzoek van **medische** beslissingen **worden** gebruikt, **worden** besproken: *constructive modelling*, *reconstructive modelling* en *process tracing*. Deze **worden allen** in het gepresenteerde **onderzoek** toegepast.

Bij *constructive modelling* worden getoetst of een theoretisch geconstrueerd model de beslissingen van **artsen** adequaat kan voorspellen. In eerder onderzoek zijn verschillende verwachtings-waarde **modellen** gebruikt om therapeutische beslissingen te voorspellen. **Al** deze **modellen gaan uit** van de verwachtingen en **waarden** van **artsen** over geneesmiddeluikkomsten als **effectiviteit**, bijwerkingen en kosten. Het toevoegen van **aspecten** als professionele **normen**, **patiëntenvraag**, en eigen **ervaringen** kan de **voorspellende** waarde van de **modellen** vergroten. Verder onderzoek is **nodig** om de rol van deze elementen vast te **stellen**.

Bij *reconstructive modelling* wordt op basis van een statistische **analyse** van beslissingen die door de **artsen** zijn **gemaakt** een beslissingsmodel **gereconstrueerd**. Deze methode is gebruikt om de waarde of het belang te **bepalen** dat **artsen** aan verschillende geneesmiddeluikkomsten hechten. Op dit moment is niet duidelijk in hoeverre deze **indirecte** methode van het **bepalen** van dergelijke belangsscores tot significant **andere** uitkomsten leidt dan de **directe vaststelling ervan**.

Met de beide **hierboven** beschreven **methoden worden modellen** ontwikkeld die de **relatie** tussen de verklarende variabelen en **uiteindelijke** beslissingen beschrijven. Ze geven echter geen **beschrijving** van het feitelijke beslissingsproces zelf. Om daarin **inzicht** te **krijgen** is **procesgeoriënteerd** onderzoek **nodig** met de zogenoemde *process tracing* benadering. Een vorm van *process tracing* is **artsen** te vragen **hardop** te **denken**, **terwijl** zij een beslissing nemen. **Analyse** van **zulke verbale** protocollen **laat** zien dat **artsen** zowel compensatorische als niet-compensatorische **beslissingsstrategieën** hanteren, maar het **aantal** studies dat gebruik **heeft** gemaakt **van process tracing** om therapeutische beslissingen te analyseren is tot nu toe **gering**.

Hoofdstuk 4 beschrijft verschillende **methoden** om therapiekeuze en **voorschrijfgedrag** te **meten**. De voor- en nadelen van het **meten** van dit gedrag in de **praktijk** en onder **gesimuleerde** omstandigheden **worden** besproken. Indien **diagnosekoppeling** en standaardisatie niet **nodig** zijn, **kunnen afleveringsgegevens** van ziekenfondsen of apotheken gebruikt **worden** om het **voorschrijfgedrag** van individuele **artsen** te **bepalen** voor de meerderheid van hun **patiënten**. Aan de **andere kant** bieden gestandaardiseerde **simulatie** patiënten, **papieren patiënten** en **patiënten** op videoband de **mogelijkheid** om het gedrag van verschillende **artsen** in gelijke situaties te **bepalen**. Simulatie patiënten komen het dichtst bij het **meten** van daadwerkelijk gedrag, maar het gebruik van deze methode is niet altijd **haalbaar**. **Papieren patiënten** of patiënten op videoband vormen een bruikbaar **alternatief** om **grote groepen artsen** met gestandaardiseerde **gevallen** te confronteren. **Papieren** patiënten zijn met name **geschikt** om verwachtingen, attitudes en de toepassing van **kennis** te **meten** en om het beslissingsproces te verhelderen.

Schriftelijke of mondelinge **ondervraging** kan aanvullende informatie geven over kennis, **begrip** en **klinische beoordeling** van de **artsen**.

In hoofdstuk 5 worden de resultaten **gepresenteerd** van een gecontroleerde studie naar het effect van het *Geneesmiddelenbulletin* op de kennis en het voorschrijfgedrag van **artsen** met **betrekking** tot de behandeling van darmspasmen en nierkolieken. Door middel van interviews zijn gegevens **verzameld** om de **verandering** in kennis en **gerapporteerd** gedrag vast te **stellen**. Ziekenfondsgegevens zijn gebruikt om **veranderingen** in het daadwerkelijk **voorschrijfgedrag** te **bepalen**. De informatie in het bulletin over de behandeling van nierkolieken bleek de kennis en het **gerapporteerde** gedrag **slecht** te **beïnvloeden**. De ziekenfondsgegevens **waren** niet **geschikt** om over **veranderingen** in het daadwerkelijk gedrag bij deze indicatie **uitspraken** te **doen**. De informatie over de behandeling van darmspasmen **daarentegen** bleek in het geheel geen effect te weeg te brengen. **Zelfs** de kennis van de **artsen** werd er niet door **verbeterd**. **Blijkbaar** kon de **boodschap** over de behandeling van darmspasmen de **aandacht** van de **artsen** niet **trekken**. Op grond van deze **resultaten** wordt **verondersteld** dat sommige **boodschappen** voldoende kunnen **worden overgedragen** met **schriftelijke** informatie, **terwijl** andere **boodschappen**, die als **minder** relevant of **moeilijk** toe te **passen** worden gezien, meer intensieve **interventiestrategieën** nodig hebben.

In hoofdstuk 6 wordt een theoretisch therapiekeuze model **getoetst** dat uitgaat van de attitudes, **normen** en eigen **ervaringen** van **artsen** met **betrekking** tot de **geneesmiddelen**. Het **gebruikte** model is een verwachtings-waarde model **dat** **gebaseerd** is op de **theorie** van **beredeneerde actie** van **Fishbein** en **Ajzen**. De **verschillende** componenten uit het model zijn door middel van interviews bij 169 **huisartsen** vastgesteld betreffende de behandeling van darmspasmen en nierkolieken. De **artsen** gaven hun verwachtingen over de uitkomsten van **verschillende** geneesmiddelen, over de **opinie** in de **professie** ten **aanzien** van die geneesmiddelen, over de patiëntenvraag en over hun **persoonlijke** ervaringen **ermee**. **Daarnaast** gaven **ze** aan hoeveel waarde of **belang** **ze** hechten aan elk van deze **aspecten**, **wanneer** **ze** een behandeling **kozen** voor darmspasmen respectievelijk nierkolieken. De **patiëntenvraag** bleek de **keuze** welk geneesmiddel voor te **schrijven** niet **slecht** te **beïnvloeden**. De **andere** elementen van het therapiekeuze model bleken de gerapporteerde eerste keuze **therapie** voor darmspasmen in 74% en voor nierkolieken in 78% van de gevallen correct te **voorspellen**. Verwachtingen over de geneesmiddeluitkomsten bleken de geneesmiddelkeuzen slechts ten dele te **bepalen**. De professionele **omgeving** en de eigen ervaringen **waren** eveneens van **invloed** op de **geneesmiddelkeuze**. Uit verdere analyse bleek **dat** **alleen** de keuzen bij nierkolieken zo **beredeneerd** waren als het theoretisch model **veronderstelde**. Verder bleek **dat** in **beide indicatiegebieden** de geneesmiddelvoorkeuren meer **gerelateerd** waren aan de verwachtingen over de **effectiviteit** van de geneesmiddelen dan over de bijwerkingen ervan.

Het therapiekeuze model is eveneens gebruikt om de geneesmiddelkeuzen van 72 ziekenhuis **artsen** te **bestuderen** (hoofdstuk 7). De resultaten van deze studie **kwamen overeen** met de **eerdere bevindingen** bij huisartsen. Verwachtingen over de **biomedische** geneesmiddeluitkomsten **voorspelden** de **gemaakte** keuzen **maar gedeeltelijk**. **Biomedische aspecten** die volgens de **artsen** relevant **zouden** moeten zijn, werden soms genegeerd. **Toevoeging** van professionele **normen** en eigen ervaringen **als aspecten** **waarop** de **therapieën** ook worden **geëvalueerd** verhoogde de voorspellende waarde van het model; gemiddeld 77% van de therapievoorkeuren kon met **een** dergelijk model

correct voorspeld **worden**. In de **overige** 23% van de gevallen kozen de **artsen** geneesmiddelen die op grond van hun eigen verwachtingen en waarden niet **als beste naar voren kwamen**. Mogelijk is dit het gevolg van een **afwijkende** weging van de **aspecten** die in het therapiekeuze model zijn opgenomen. Het **blijkt** dat **artsen** soms een groter belang hechten aan **bepaalde aspecten** dan **zij zelf realiseren**, waardoor de **subjectieve** belangsscores, die in het model **toegepast** zijn niet overeenstemmen met de werkelijkheid. Verder lijken een aantal van de **gemaakte** therapiekeuzen het **resultaat** te zijn van meer **simpele beslissingsstrategieën** dan het **theoretisch** model veronderstelt. Een alternatieve strategie die door de **artsen** genoemd werd, was het volgen van **standaard** routines van het **ziekenhuis** of een **afdeling zonder** daar verder bewust over na te **denken**. Tenslotte bleek dat de **artsen** lang niet alle therapie mogelijkheden overwogen bij het **maken** van een keuze. **Afhankelijk** van het **indicatiegebied** werd een beperkte set van gemiddeld 1,7 tot 5,0 verschillende opties overwogen.

In **hoofdstuk 8** wordt ingegaan op de **vraag** of verschillen in geneesmiddelkeuzen **verband** houden met verschillen in het **onderliggende beslissingsproces**. Verschillen **artsen** die suboptimale geneesmiddelen **kiezen** in hun verwachtingen over deze middelen, in de **waarde** of het belang **dat zij** hechten aan de verschillende **geneesmiddel-uitkomsten** of in de mate **waarin hun keuze** gebaseerd is op deze verwachtingen en waarden? In zes gebieden **waarin variatie** in **voorschrijven voorkwam**, zijn de voorschrijvers en niet-voorschrijvers van geneesmiddelen **waarvan** de waarde onvoldoende bewezen was met **elkaar** vergeleken. In **drie** gebieden (anti-emetica, vasodilatoren, en plaatjes-aggregatieremmers) bleken de voorschrijvers van de minder wenselijke geneesmiddelen **hogere** verwachtingen over deze middelen te **hebben** dan de niet-voorschrijvers. In de **andere** gebieden bleken de **artsen** niet significantte verschillen wat **betreft** hun verwachtingen over de geneesmiddelen. Het **kiezen** van minder wenselijke **narcotische** analgetica, **antihypertensiva** en **antibiotica** was **alleen gerelateerd** aan het minder belang hechten aan de bijwerkingen en kosten van de behandeling en aan het minder belang hechten aan wetenschappelijke **informatie** uit **klinisch** onderzoek. Verder **bleek dat** de **therapiekeuzen** van **artsen** die suboptimale geneesmiddelen kozen minder **goed** voorspeld konden **worden** op basis van hun eigen verwachtingen en waarden. Met **andere** woorden, **zij** leken **vaker beslissingsstrategieën** te hanteren die niet gebaseerd **waren** op het **afwegen** van alle **voors** en tegens van de therapie **mogelijkheden**.

Op basis van het eerdere onderzoek is het therapiekeuze model **herzien**. Dit is **gepresenteerd** in **hoofdstuk 9 (figuur 9.3)**. Wanneer een arts een **probleem krijgt voorgelegd** zullen een of meerdere therapie mogelijkheden in zijn of haar hoofd opkomen. Dit is de **zogenoemde 'evoked set'**. Uit deze evoked set dient **een** behandeling voor de individuele patient **geselecteerd te worden**. Advertenties, **educatie**, informatie en seeding trials **beïnvloeden** de **samenstelling** van de **evoked set**. De therapiekeuze uit deze set voor **een** individuele **patiënt** kan routinematig zijn of **geschieden** op basis van een actieve evaluatie van de verschillende opties. Sommige routines zullen in oorsprong gebaseerd zijn op een actieve evaluatie. Deze **kunnen** de 'beredeneerde routines' **worden** genoemd. **Andere** routines zijn geleerd door 'trial en error' of **klakkeloos** overgenomen van iemand **anders**. Deze **kunnen 'onberedeneerde routines' worden** genoemd.

In **hoofdstuk 10** is het **herziene** therapiekeuze model **gebruikt** om **suboptimaal voorschrijfgedrag** van huisartsen te analyseren. **Analoog** aan de studie die in hoofdstuk 8 beschreven **staat**, is bekeken in **hoeveer** minder wenselijke geneesmiddelkeuzen

verklaard kunnen **worden** door **verschillen** in verwachtingen over de geneesmiddelen, de waarden gehecht **aan** de geneesmiddeluitkomsten of de gebruikte beslissingsstrategie. Met de hardop-denken **methode** is **bepaald welke** beslissingsstrategie door de **artsen** gevolgd werd. Onderzocht zijn het **onnodig** lang voorschrijven van geneesmiddelen bij **ongecompliceerde urineweginfecties** en het **onnodig** zwaar voorschrijven bij maagklachten. **Alleen** in het **eerste** geval bleek het suboptimale voorschrijfgedrag verklaard te kunnen **worden** door onjuiste verwachtingen over de behandelingen. **Bij** de **maagklachten** bleek het voorschrijven van te zware geneesmiddelen het best te verklaren door het **meer** belang hechten **aan** de **effectiviteit** van de behandeling en minder **aan** de kosten. Het hanteren van compensatorische, niet-compensatorische of **routinematige beslissingsstrategieën** bleek het suboptimale voorschrijfgedrag niet significant te verklaren.

Hoofdstuk 11 begint met een evaluatie van de **methoden** die in het gepresenteerde onderzoek gebruikt zijn om **geneesmiddelkeuzen** van **artsen** te **bestuderen**. Vervolgens **worden** de antwoorden op de hoofdvragen die in deze dissertatie **aan bod** komen samengevat. Tenslotte **worden** de **implicaties** voor de ontwikkeling van **interventiestrategieën** ter **verbetering** van het voorschrijfgedrag besproken.

Constructive modellering bleek **bruikbaar** te zijn om de relevantie van de basis elementen in het therapeutisch **beslissingsproces** vast te **stellen**. **Reconstructive modellering** is gebruikt om de waarde die **artsen** hechten aan verschillende geneesmiddeluitkomsten te **bepalen**. Het experimentele design dat **hiervoor** gebruikt is kende echter **enige** tekortkomingen en zou in toekomstig **onderzoek moeten worden** verbeterd. **Process tracing** liet zien dat **artsen** verschillende **strategieën** hanteren bij het **maken** van een **therapiekeuze**, maar **gaf** onvoldoende **inzicht** in de **eenstaps-beslissingen**, die zonder waarneembare afweging **worden** genomen. De gebruikte **papieren patiëntbeschrijvingen** bleken geschikt te zijn om de therapiekeuzen van **artsen** te analyseren. Een hoge overeenstemming is gevonden tussen het gerapporteerde gedrag voor de **papieren patiënten** en **daadwerkelijk** voorschrijfgedrag.

Op basis van het **onderzoek** beschreven in hoofdstuk 5 is de conclusie **dat** het succes van een educatieve interventie niet alleen **afhangt** van de eigenschappen van de informatiebron en **-methode**, maar ook van de boodschap **zelf**. Wanneer een boodschap gezien wordt als relevant en eenvoudig toepasbaar, **dan** kan een **onafhankelijk** bulletin genoeg zijn om de kennis en het gedrag van **artsen** te verbeteren. **Wanneer** de boodschap als niet belangrijk of **moeilijk** toepasbaar wordt gezien is een dergelijke eenvoudige verspreiding van de informatie onvoldoende. In dat geval zijn bijvoorbeeld **strategieën nodig** die het **uitvoeren** van het gewenste gedrag ondersteunen en vereenvoudigen.

Uit de studies gerapporteerd in hoofdstuk 6 en 7 is de conclusie **getrokken** dat kennis over (biomedische) geneesmiddeluitkomsten de feitelijk therapiekeuzen **slechts** ten dele **bepaalt**. **Opinies** over de geneesmiddelen in de professionele omgeving van de arts en eigen **ervaringen** oefenen een **duidelijke invloed** uit op de therapiekeuzen van **huisartsen** en ziekenhuis **artsen**. Verder **blijken artsen** lang niet altijd alle mogelijke therapie **opties** te evalueren op de relevante aspecten. Dit betekent **dat zij** maar ten dele gebruik **maken** van de **bij** hun aanwezige kennis. Tenslotte **kiezen** ze niet altijd het geneesmiddel dat volgens hun eigen **ideeën** als beste **naar** voren komt. Met name in minder ernstige gevallen **maken artsen** gebruik van simpele **beslissingsstrategieën**, waarbij maar **één** optie overwogen wordt en er **derhalve geen** vergelijking tussen

verschillende opties plaatsvindt. Soms **hanteren artsen onberedeneerde** routines, die zijn aangeleerd **zonder** erover na te **denken**.

Uit de studies gerapporteerd in hoofdstuk 8 en 10 **blijkt** dat het voorschrijven van geneesmiddelen die niet **nodig** zijn omdat ze geen **voordelen bieden boven bestaande** alternatieven of omdat hun **waarde** (nog) niet bewezen is, het best wordt **verklaard** door het hebben van onjuiste verwachtingen over deze middelen. **Daarentegen** wordt **het** te breed voorschrijven van geneesmiddelen die alleen in **specifieke** gevallen **noodzakelijk** zijn, beter verklaard door het meer **belang** te hechten aan de positieve **aspecten** van de **behandeling** en minder **aan** de negatieve aspecten. In deze gevallen hebben zowel **voorschrijvers** als **niet-voorschrijvers** dezelfde verwachtingen over deze middelen, maar verschillen ze in hoe **zij** de voors en tegens **tegen elkaar afwegen**. Ten **aanzien** van de gevolgde beslissingsstrategie **kunnen** geen conclusies **worden getrokken**. De studie gerapporteerd in hoofdstuk 8 **liet zien dat** het **gebruik** van niet analytische **strategieën** gerelateerd was met **suboptimale** therapiekeuzen, **maar** deze **bevinding** kon niet bevestigd **worden** in de studie die in hoofdstuk 10 **beschreven staat**.

Gezien de uiteenlopende tekortkomingen die **geïdentificeerd** zijn in het therapiekeuze proces, is het niet **mogelijk** om een **enkele** interventiestrategie aan te **bevelen** als de beste methode om het **voorschrijfgedrag** te **optimaliseren**. Voordat een **interventiestrategie** wordt gekozen moet men **naar** de **aard** van het **probleem** kijken. Belangrijke vragen zijn: **Worden de juiste therapieën** door de **artsen** overwogen? **Zijn** ongewenste keuzen gebaseerd op een bewuste evaluatie van de **therapieën**, en zo ja, op **welke verwachtingen** en **waarden** is de evaluatie dan gebaseerd? Veel traditionele nascholingsmethoden zijn te beperkt, omdat ze zich **alleen richten** op het **verbeteren** van kennis over de **therapieën**. Er **moet** meer aandacht zijn op het voldoende toepassen van die kennis in de praktijk, en het confronteren van **artsen** met verschillen **tussen** (hun) **ideaal** en de **werkelijkheid**.